FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1925

# THÈSE

N°

POUR LE

## DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

**YONEL-ARION**

**Né le 21 Juin 1900 à Bucarest (Roumanie)**

# Le Traitement des Verrues

## Par la Cryothérapie

*Président*: **M. JEANSELME** *Professeur*

*Abeille Cauchoise*, 122, rue du Calvaire

YVETOT

LE DOYEN..... M. ROGER

## I. — LES PROFESSEURS

| | MM. |
|---|---|
| Anatomie | NICOLAS |
| Anatomie médico-chirurgicale | CUNÉO |
| Physiologie | Ch. RICHET |
| Physique médicale | André BROCA |
| Chimie organique et chimie générale | DESGREZ |
| Bactériologie | BEZANÇON |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale | BRUMPT |
| Pathologie et thérapeutique générales | Marcel LABBÉ |
| Pathologie médicale | SICARD |
| Pathologie chirurgicale | LECÈNE |
| Anatomie pathologique | LETULLE |
| Histologie | PRENANT |
| Pharmacologie et matière médicale | RICHAUD |
| Thérapeutique | CARNOT |
| Hygiène | Léon RERNARD |
| Médecine légale | BALTHAZARD |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie | MÉNÉTRIER |
| Pathologie expérimentale et comparée | ROGER |
| Clinique médicale | GILBERT<br>CHAUFFARD<br>ACARD<br>WIDAL |
| Hygiène et clinique de la première enfance | MARFAN |
| Clinique des maladies des enfants | NOBÉCOURT |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale | H. CLAUDE |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques | JEANSELME |
| Clinique des maladies du système nerveux | GUILLAIN |
| Clinique des maladies infectieuses | TEISSIER |
| Clinique chirurgicale | DELBET<br>HARTMANN<br>LEJARS<br>GOSSET |
| Clinique ophtalmologique | |
| Clinique urologique | LEGUEU |
| Clinique d'accouchements | COUVELAIRE<br>BRINDEAU<br>JEANNIN |
| Clinique gynécologique | J.-L. FAURE |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie | |
| Clinique thérapeutique médicale | VAQUEZ |
| Clinique oto-rhino-laryngologique | SEBILEAU |
| Clinique thérapeutique chirurgicale | DUVAL |
| Clinique propédeutique | SERGENT |

## II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

| MM. | |
|---|---|
| ABRAMI | Pathologie médicale. |
| ALGLAVE | Pathologie chirurgicale. |
| AUBERTIN | Pathologie médicale. |
| BASSET | Pathologie chirurgicale. |
| BAUDOUIN | Pathologie médicale. |
| BINET | Physiologie. |
| BLANCHETIÈRE | Chimie biologique. |
| BRANCA | Histologie, |
| BRULÉ | Pathologie médicale. |
| BUSQUET | Pharmacologie et matière médicale. |
| CADENAT, | Pathologie chirurgicale. |
| CHAMPY | Histologie. |
| CHIRAY | Pathologie médicale. |
| CLERC | Pathologie médicale. |
| DEBRÉ, | Hygiène. |
| I. de JONG | Anatomie pathologique. |
| DUVOIR | Médecine légale. |
| ÉCALLE | Obstétrique. |
| FIESSINGER | Pathologie médicale. |
| FOIX | Pathologie médicale. |
| GARNIER | Patbologie expérimentale. |
| HARVIER | Pathologie médicale. |
| HEITZ-BOYER | Urologie. |
| HOVELACQUE | Anatomie. |
| JOYEUX | Parasitologie |

| MM. | |
|---|---|
| LABBÉ (Henri) | Chimie biologique. |
| LARDENOIS | Pathologie chirurgicale. |
| LE LOBIER | Obstétrique. |
| LEMAITRE | Oto-rhino-laryngologie. |
| LEMIERRE | Pathologie médicale. |
| LÈVY-SOLAL | Obstétrique. |
| LHERMITTE | Pathologie mentale. |
| LIAN | Pathologie médicale. |
| MATHIEU | Pathologie chirurgicale. |
| METZGER | Obstétrique. |
| MOCQUOT | Pathologie chirurgicale. |
| MONDOR | Pathologie chirurgicale. |
| MOURE | Pathologie chirurgicale. |
| MULON | Histologie. |
| PHILIBERT | Bactériologie. |
| RIBIERRE | Pathologie médicale. |
| RICHET Fils | Physiologie. |
| ROUVIÈRE | Anatomie. Physique médicale. |
| TANON | Pathologie médicale. |
| TIFFENEAU | Pharmacologie et matière médicale. |
| VAUDESCAL | Obstétrique. |
| VERNE, | Histologie. |
| VILLARET | Pathologie médicale. |
| WELTER | Ophtalmologie. |

## III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

### pour le service des examens

| MM. | |
|---|---|
| CAMUS | Physiologie. |
| GOUGEROT | Pathologie médicale. |
| GUÉNIOT | Obstétrique. |

| MM. | |
|---|---|
| RETTERER | Histologie. |
| ROUSSY | Anatomie pathologique. |

## IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

### à titre permanent

| MM. | | MM. | |
|---|---|---|---|
| AUVRAY..... | Clinique chirurgicale. | OMBRÉDANNE.. | Clinique chirurgicale infantile. |
| CHEVASSU..... | Clinique chirurgicale. | PROUST..... | Clinique chirurgicale. |
| LAIGNEL-LAVASTINE... | Clinique médicale. | RATHERY..... | Clinique médicale. |
| LEREBOULLET.. | Clinique médicale infantile. | SCHWARTZ..... | Clinique chirurgicale. |
| LÉRI..... | Clinique médicale. | TERRIEN..... | Clinique ophtalmologique |
| LŒPER..... | Clinique médicale. | | |

## V. — CHARGÉS DE COURS

| | |
|---|---|
| MM. MAUCLAIRE, agrégé..... | Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes. |
| FREY..... | Stomatologie. |
| N..... | Education physique. |
| LEDOUX-LEBARD..... | Radiologie clinique |

---

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR JEANSELME

Médecin de l'Hôpital St-Louis

A mes maîtres dans les Hôpitaux ;

A mes maîtres à la Faculté de Médecine de Paris ;

A mon maître le Docteur LORTAT JACOB.

MEIS ET AMICIS

A LA MÉMOIRE DE MES PARENTS

## CE QU'ON SAIT

# Sur les Verrues

### 1) *DEFINITION*

On désigne sous le nom de verrues, des hypertrophies du corps papillaire, inoculables, autoinoculables, et contagieuses.

On peut les observer à tout âge, mais plus fréquemment chez des sujets jeunes, à peau fine et délicate. Leur siège le plus fréquent est la face dorsale des doigts et des mains, la face, et les pieds, où elles peuvent se confondre avec les cors vulgaires ou un mal perforant plantaire.

### *NATURE DES VERRUES*

Si l'agent pathogène nous reste encore inconnu, il semble bien démontré qu'il s'agit d'un virus filtrant.

Ciuffo et Serra ont broyé des verrues dans du sérum physiologique, et le filtrat sur la bougie Berkcfeld W, inoculé dans le derme aboutit à une hyperkératose localisée, d'apparence et de structure identique à celle des verrues vulgaires.

La contugiosité et l'autoinoculabilité des verrues a été encore mise hors de doute, par les expé-

riences de Varish et confirmées par celles de Jadassohn, qui montrèrent que la période d'incubation exige de trois semaines à trois mois.

Enfin, c'est un fait banal de voir, par le fait de grattage ou de simple frottement autour d'une verrue, se développer toute une série de verrues, soit en placard, soit par série linéaire du point d'inoculation.

A la surface des verrues séniles, Sprecher a trouvé le bacille bouteille de Malassez, le bacille dit séborrheïque, des bacilles divers, des grains ronds un peu plus gros que les staphylocoques.

Néanmoins ces microbes semblent peu spécifiques, et la seule hypothèse de virus filtrant semble plausible en raison justement des expériences précitées.

## *CLASSIFICATION*

Il est classique de distinguer :

1) Des verrues planes, juvéniles.
2) Des verrues vraies ou vulgaires.
3) Des verrues séborrheïques ou séniles.

## *LESIONS HISTOLOGIQUES*

Une coupe intéressant une verrue et la peau sous-jacente, met en évidence, une hypertrophie exagérée des papilles vasculaires qui sont extrêmement allongées, comme étirées. Elles sont englobées dans une masse énorme de tissu épithélial qui forme la grande masse de la verrue. Ce tissu est en état d'hyperacanthose. La couche génératrice est peu modifiée, elle peut être composée de plusieurs rangées de cellules irrégulièrement disposées. La couche épineuse est considéra-

blement augmentée de volume, assez souvent ses cellules ont une vacuole claire, qui les distend et refoule le noyau. Les couches granuleuses et graisseuses ont un aspect normal mais sont hypertrophiées.

Les papilles allongées renferment des capillaires sanguins et un peu de tissu conjonctif lâche sans fibres élastiques, contenant beaucoup de cellules fixes, étoilées et ramifiées.

Au point de vue microscopique il n'existe qu'une différence de degré entre les verrues planes juvéniles et les verrues vulgaires.

Quant à la verrue séborrheïque, elle présente quelques caractères spéciaux qui méritent une description.

La verrue, sénile ou séborrheïque, est essentiellement constituée par des prolongements épidermiques irréguliers et contournés. Ceux-ci s'enfoncent dans le derme, s'anastomosant en un réseau de travées épithéliales minces, dont les mailles sont occupées par des ilôts conjonctifs, correspondant à des papilles contournées et rencontrées obliquement par la coupe. Ces travées sont formées par la couche filamenteuse de l'épiderme, mais on y trouve souvent, et à toutes les hauteurs de petits globes cornés isolés ou en communication avec la surface.

Pollitzer, après une importante description clinique, au cours de laquelle il a démontré que la croûte recouvrant les verrues séniles est due surtout à la malpropreté, a fait une étude très complète sur des coupes intéressant ces verrues et il range cette lésion en raison de la présence et de l'arrangement des cellules épithélioïdes dans le groupe des Lymphangio-fibrômes. Il note également une infiltration graisseuse qui s'explique mal et que d'autres auteurs ont niée.

*LÉSIONS MACROSCOPIQUES*

La verrue vraie vulgaire débute par une petite papule arrondie, d'ordinaire un peu grisâtre, qui se développe progressivement, et prend des aspects et dimensions variables suivant le siège et les sujets. Ordinairement elle forme, à l'état adulte, des petites croissances, à base nettement arrêtée, arrondies, ovalaires, ou polycliques par confluence, pédiculées ou sessiles, mais faisant toujours une saillie notable au-dessus des téguments. Leur surface est mamelonnée, leur consistance dure. Elles sont indolentes, sauf à la plante des pieds et au pourtour des ongles.

De la verrue localisée à la plante des pieds Dubreuil a fait une description qui reste classique : « Le plus souvent la lésion présente à première vue l'aspect d'un large durillon anormalement douloureux. Sur une surface de un à trois centimètres de diamètre, on voit la couche cornée de l'épiderme, épaissie, stratifiée, faire une légère saillie ; quelquefois la partie centrale de cette plaque cornée est perforée d'une sorte de puits plus ou moins profond, surtout s'il a été fait des tentatives d'abrasion. Mais si la lésion a été abandonnée longtemps à elle-même la couche cornée superficielle recouvre le tout.

Si l'on abrase la surface avec un bistouri, on trouve à la périphérie de la lésion, une couche cornée dure, demi-transparente, de couleur ambrée, tout à fait comparable à l'épiderme corné normal qui constitue les cors et les durillons. Mais, au lieu de s'enfoncer dans la profondeur sous forme d'un cône corné, ce durillon présente une partie centrale molle et depressible ; il affecte la forme d'un anneau perforé d'un orifice qui va en s'agrandissant au fur et à mesure qu'on abrase plus profondément. Cette partie centrale est occupée par un tissu d'aspect tout différent, c'est encore du tissu corné, mais il est blanchâtre, opaque, comme

latteux, il est mollasse, et résiste au couteau comme de l'étoupe mouillée.

Tandis que l'anneau corné périphérique est homogène ou stratifié, la partie centrale paraît fasciculée et formée de colonnes s'enfonçant verticalement dans la profondeur, aspect qui est d'ailleurs parfaitement justifié par la structure de ce tissu.

A la face palmaire des mains on observe également, des verrues de structure semblable.

## Enumération des divers Traitements

*préconisés contre les verrues*

Les traitements préconisés contre les verrues sont très nombreux, ce qui montre déjà qu'il n'y a pas un traitement de choix.

On peut les classer en trois sortes :

1) Psychiques. 2) Généraux. 3) Locaux.

*LES TRAITEMENTS PSYCHIQUES* sont très variés ; tous tiennent de la suggestion et de la persuasion, ce qui a fait croire à beaucoup de médecins, devant les succès de la méthode, qu'il existe un facteur nerveux dans l'étiologie des verrues.

On peut, par exemple, donner aux enfants des pilules de mie de pain, on constate qu'au bout d'un temps plus ou moins variable les verrues disparaissent. On peut encore toucher la verrue à l'eau distillée en assurant au malade un excellent résultat. Enfin on peut pratiquer de la suggestion directe ou de la persuasion, le succès thérapeutique est le même.

*LES TRAITEMENTS GÉNÉRAUX* ou internes, qui agissent soi-disant, en modifiant le terrain, sont plus nombreux que les précédents, et leur succès également variable, ce qui nous indique une fois de plus qu'il y a des malades, et pas de maladies.

*La Magnésie,* a eu son petit moment de célébrité, et d'ailleurs elle peut encore réussir dans certains cas. On donne, suivant l'âge des malades, de 20 cigr. à 1 gr. par jour, dose à prendre en deux fois, avant les deux principaux repas. On a administré aussi le sulfate de magnésie avec autant de succès.

*L'Eau de Chaux,* dont on fait prendre un verre après chaque repas, additionné d'un peu de lait.

*La Teinture de Thuya occidentalis,* dont on donne 60 à 80 gouttes par jour. Il est bon de badigeonner les verrues également avec la même teinture.

*L'Arsenic,* administré « secundum artem » soit sous forme de liqueur de Fowler, soit sous forme d'arséniate de soude.

*LE TRAITEMENT LOCAL* le plus efficace, est, sans aucun doute *ae fer rouge* ou le thermocautère. Néanmoins, nous avons eu l'occasion, nous-même, de traiter une malade atteinte de verrues multiples sur la face dorsale des deux mains, par la pointe du thermo. Le traitement (3 mois environ) a donné un résultat nul. Un mois après l'abandon de tous soins, nous avons eu l'occasion de rencontrer la même malade qui avait traité ses verrues, elle-même, avec un mélange de sel gris et de citron ; le résultat était admirable, il ne restait aucune trace des verrues que nous avions essayé de guérir, aucune cicatrice apparente.

Cette observation est pleine d'enseignements, elle montre d'une manière évidente ce qui fait la fortune des agents thérapeutiques. Un moyen puissant peut quelquefois échouer, là où un traitement anodin réussit, et alors on tient ce dernier pour spécifique.

*Le Nitrate* d'argent mérite peu d'attention. Enfin, l'acide acétique cristallisable, l'acide chronique, l'acide phénique, l'acide chlorydrique et l'acide azotique, ainsi que la pâte de Vienne et les pâtes arsenicales sont des procédés très énergiques qu'il faut manier avec beaucoup de soins. Au bout d'un nombre variable d'applications, ils peuvent amener quelque fois la guérison.

Comme topiques pouvant guérir les verrues sans opération on a vanté : le savon noir en applications prolongées, le naphtol camphré, les emplâtres mercuriels, les emplâtres d'acide salicylique, les collodions à l'acide salicylique, ou au bichlorure d'hydrargire.

Ce sont des moyens qui réussisent assez souvent, mais peuvent enflammer le derme, l'ulcérer et laisser une cicatrice disgracieuse.

Enfin la pommade de chrysarobine est d'un emploi classique:

Beaucoup d'auteurs ont affirmé l'action réelle de l'*électrolyse négative* sur les verrues, parfois aussi l'effluve locale de haute fréquence peut les faire disparaître avec rapidité.

*La radiothérapie* donne d'excellents résultats.

## Critique des Moyens Thérapeutiques cités
### et avantage de la NEIGE CARBONIQUE

Tous les moyens précités sont incertains, beaucoup agissent, il faut le croire, plus par suggestion que par action directe sur les tissus.

La radiothérapie est un agent thérapeutique violent, une arme à deux tranchants, dont il est imprudent de se servir pour guérir une affection bénigne qui a tendance à la guérison spontanée.

Enfin quelquefois un traitement insuffisant peut favoriseé, surtout à la face, la dégénérescence maligne.

La neige carbonique dont l'emploi était complexe a été rendu maniable, grâce à l'invention des divers cryocautères, en particulier celui inventé par notre maître le docteur Lortat Jacob.

Ainsi que nous le montrons dans les observations qui suivent :

1) La guérison est la règle, nous ne connaissons pas d'échec.

2) Le traitement est bien supporté par tous les malades.

3) Il n'y a aucune cicatrice.

*DONC, EN CONCLUSION* la cryothérapie est le traitement par excellence des verrues, bien supérieur à tous les autres agents thérapeutiques déjà archaïques, qui doivent faire place à cette méthode nouvelle et élégante à la fois.

Nous osons dire, d'auter part, que ce traitement est le seul scientifique, tandis que les autres sont populaires pour la plupart ou empiriques ; et ceci constitue la partie originale de notre thèse.

*Vu le Doyen,*
H. ROGER

*Vu le Président,*
M. JEANSELME

*Vu et permis d'imprimer*
P. APPELL

# EXPLICATION BIOLOGIQUE

## du Traitement par la CRYOTHÉRAPIE

Nous avons plaidé, dès le commencement de notre thèse en faveur d'un virus filtrant.

Etant donnés les phénomènes inflammatoires qui se produisent après l'application du cryocautère, nous sommes en droit de supposer qu'il s'agit d'un phénomène de vaccination, ou plutôt d'autovaccination. Ce qui raffermit notre hypothèse, c'est l'observation d'une jeune femme atteinte de verrues multiples, et que nous avons guérie par la neige carbonique en *traitant une seule de ses verrues.*

Cette hypothèse d'autovaccination dermique par la cryothérapie est très intéressante à retenir, car elle explique le succès thérapeutique, non seulement dans le traitement des verrues, mais encore dans toutes les maladies cutanées justiciables de cette méthode (comme le lupus erythémateux de la face). Elle nous montre le cryocautère, objet nouveau dans l'arsenal du praticien, aussi indispensable que le vulgaire thermo, autant agent d'exosérose que moyen thérapeutique de nombreuses maladies cutanées.

Tandis que la neige carbonique employée directement ne permettait pas la pression au con-

tact des tissus et cela pour deux raisons :

*a*) Crayon friable.

*b*) Etat de caléfaction produit par évaporation brusque à la surface des tissus.

Pas de contact parfait, de ce fait pas de congélation parfaite, ni de dosage de l'agent employé.

L'appareil ne présente aucun de ces inconvénients et nous recommandons son emploi si on veut bien appliquer cette méthode.

## Le *modus fasciendi* est simple

Lorsqu'on applique le cryocautère du Docteur Lortat Jacob sur une verrue, grâce à la manière dont est construit cet appareil, et à l'intermédiaire de l'acétone dont on le charge copieusement, les tissus sont très vite congelés à 80° au dessous de 0 ; cette congélation se produit d'autant plus vite qu'on appuie de 1 à 3 kgr., grâce au ressort dont est muni cet appareil.

Après cette opération, on applique sur la verrue de l'emplâtre de Vidal, qui ramollit la corne dans les jours qui suivent.

Lorsque les tissus se décongèlent, il se forme un décollement de la verrue des plans sous-jacents, (phlyctène, exosérose) ; ce liquide a été analysé par Monsieur Betou, interne des hôpitaux, et, grâce à son obligeance, nous pouvons publier deux analyses semblables.

# Observations

Enorme verrue végétante traitée par la neige carbonique.

(Observation de Ledo : Actas dermo-sifilio-graficas Avril-Mai 1914 page 236).

Un industriel âgé de 67 ans présente sur la région scapulaire une grosse verrue en forme de champignon, d'un diamètre de 5 cm., reposant sur la peau saine par un rebord de 1/2 cm. brun foncé, grasse, molle, mamelonnée, sillonnée, laissant au grattage une surface papillomateuse, qui donne du sang, très sensible.

Traitement par grattage superficiel suivi d'une application de 3 sec. de neige carbonique, guérison en onze séances. Belle cicatrice.

Remarques : 1) La durée de l'application de la neige carbonique est trop faible.

2) La neige carbonique est appliquée en nature, ce qui l'empêche de congeler les tissus à cause du phénomène de caléfaction qui se produit.

En raison de ces remarques le nombre des applications a été de 11, ce qui nous semble considérable.

Nous publions une autre observation semblable.

# Verrue Palmaire

## traitée par la CRYOTHÉRAPIE

Observation communiquée par M. le Dr Roberti (Observation de clientèle).

Madame D.... vient consulter pour une volumineuse verrue palmaire gauche.

Il existait depuis un an environ une petite verrue de la face dorsale de l'annulaire gauche. Depuis trois mois apparition de la verrue palmaire pour laquelle vient consulter la malade.

Verrue située dans la paume de la main gauche (interligne entre l'index et le médius, à trois centimètres environ au-dessous de la naissance des doigts.

Verrue volumineuse, du diamètre intermédiaire à une pièce de 0.50 centimes, à une pièce de 1 franc en argent ; légèrement saillante, mais profondément enchassée dans la main.

Cette verrue a été coupée par un pharmacien à l'aide d'un rasoir et fréquemment cautérisée au crayon de nitrate d'argent ensuite.

Depuis un mois aurait considérablement augmenté de volume.

16 Avril 1924. Première application du cryocautère du Dr Lortat - Jacob. Application en couronne et au centre de la verrue ; pointe ronde, fine, 35 secondes avec une pression de 1 kilogramme. Pour essayer de provoquer la formation d'une phlyctène au-dessous et tout autour de la verrue.

Application ensuite d'emplâtre rouge de Vidal, laissé en place jusqu'à l'application suivante.

22 Avril. Elévation très marquée de verrue ; macération des téguments tout autour.

Application du cryocautère dans les mêmes conditions que la première fois ; puis emplâtre rouge.

29 Avril. Même état. La partie superficielle de la verrue macérée s'enlève très facilement. On se trouve devant un cratère rempli de papillomes très sérrés et très adhérents. On enlève la plus grand partie de ces végétations papillomateuses à la curette tranchante ; le fond est très douloureux et saigne très légèrement sous la curette. Dans la cavité application du cryocautère : 35 secondes , 1 kilo de pression.

5 Mai. Les végétations papillomateuses se sont reformées, le cratère est circonscrit par un bord non saillant, blanc mat, comme lardacé, très dur, de un millimètre d'épaisseur environ.

Il est impossible de trouver un plan de clivage, la douleur au curettage étant d'ailleurs assez marquée.

Application du cryocautère dans la cavité : 45 secondes avec une pression de 1 kilo 500. L'application est nettement plus douloureuse que les précédentes, mais est très supportable. Puis emplâtre de Vidal.

12 Mai. La verrue est très saillante ; très ramollie.

On arrive avec une curette tranchante à soulever le bord et on décolle ainsi toute la verrue ; il ne reste plus qu'une surface déprimée en godet, sorte de lit de la verrue, rose, se continuant en pente douce avec la peau saine.

Au milieu se voit un très petit bourgeon charnu comme une tête d'épingle ; on le brûle au galvanocautère.

Pansement sec pendant deux jours.

La malade peut être considérée comme guérie.

Revue 3 mois après, la malade ne présente aucune cicatrice.

# Quelques courtes Observations

I. Mlle A. C....
Verrue de l'aile du nez.
Déjà traitée par l'électrolyse. Echec.
Le 18 Juin 1923, première application - Trois séances de traitement suivies de guérison.

II. Her.... 2 verrues aux mains.
2 » plus petites aux paupières.
Le 26 Juin 1924 on traite seulement les verrues des mains qui guérissent en trois séances. En même temps, chose remarquable, les petites verrues des paupières disparaissent. Nous estimons nous trouver devant un cas de vaccination.

III. Greg ... Verrue plantaire pied gauche.
Le 15 Juin 1924, première application. Guérison en 6 séances.

REMARQUE : Ainsi qu'on peut le voir pour cette observation et la suivante, la verrue plantaire est plus longue à guérir. Cela tient au fait qu'elle est plus profonde donc plus difficile à congeler. Nous tirons de ce fait l'enseignement suivant : mieux une verrue est congelée, plus vite elle guérira.

IV. Géo .... Verrues plantaires :
deux au pied droit.
trois au pied gauche.
12 Octobre 1924. Première application.
Guérison en 5 séances.

V. M. C. Verrues multiples de l'articulation phalango-phalangine du pouce, verrues du poignet.
20 Juin 24, première séance. Pression 1 kg. 500.
28 Juin 24, guérison.

VI. M. Pasq..... Verrue du cuir chevelu.
A essayé de traitements multiples.
1er Juillet 24, première application. Pression 1 kg. 500.
8 Juillet 24, guérison.
REMARQUE : Lorsque la pression et la durée sont relativement élevées la guérison est très rapide.

VII. M. Perr.... Verrue plantaire.
15 Avril, première application. Pression 1 kg. 500, 2 k.
Durée, 1 minute.
Guérison : 10 séances.
REMARQUE : La même que pour l'observation III.

VIII. Dam.... Verrues du dos et de la nuque.
8 Juin, première application, 20 secondes.
12 Juin, guérison.

IX. Mme K.... Verrue plantaire.
2 Juillet 1920 - 16 Août.
Guérison en 4 séances.

X. Rich..... Verrue au menton.
10 Mars, 1re séance, 50 secondes.
Guérison : 2 séances.

XI. Dum.... Verrues multiples, visage et avant-bras.
Guérison : 3 séances.

XII. Mlle B.... Grosse verrue de la face dorsale de la main droite.
17 Avril, première application.
Guérison : 4 séances.

XIII. Mme Greb..... 2 verrues plantaires.
18 Janvier, première application. Pression 1 kgr.
Durée 30 minutes.
Guérison : 4 séances.

XIV. Mme Hech.... Verrue plantaire depuis 3 mois déjà traitée par pointes de feu chez un médecin spécialiste sans aucune amélioration.
30 Mai, première séance.
Guérison totale, 6 séances.

XV. M^me^ Pin.... Grosse verrue région malaire gauche.
31 Mai, séance de 20 secondes. Guérison.

XVI. Duf... Verrue kératosique de la tempe gauche.
3 Décembre, 1^re^ séance. Pression 1 kg. 500.
Durée 20 secondes.
9 Décembre, 2^e^ séance. idem.
Guérison.

XVII. Bal.... Verrue de la pulpe de l'index droit, proéminente sous l'ongle.
14 Avril, 1^re^ séance.
Guérison : 3 séances.

# Deux examens d'un liquide de phlyctène sous verruqueuse

(*Communiqués par M. BETOU, interne des hôpitaux*)

I

Caill.... Lucienne, 20 ans.

Verrue plane discrète de la main droite, durant depuis 3 ans.

Cryo, le 16 Mai. On obtient une bulle de 4 cm/2 cm.

Centrifugation sous citrate.

Léger coagulum, caillot très tenu.

Le liquide est jaune citrin ne coagulant pas spontanément.

Examen du culot.

Coloration Gicmsa.

| | | |
|---|---|---|
| Polynucléaires neutrophiles non altérés.... | 5 | |
| » » altérés ..... | 32 | |
| » » non altérés comme forme mais protoplasme rose clair et le noyau violet-rose..... | 4 | 41 |
| Lymphocytes ..... | 55 | |
| Grandes mononucléaires ..... | 2 | 59 |
| Eosinophiles ..... | 2 | |

Peu de globules rouges.

Perr... Suzanne, 6 ans.

Verrues multiples de la main droite depuis 1 an.

Cryo, le 16 Mai. Il se forme une petite phlyctène de 3 cm. de diamètre sur 1 cm. de hauteur.

Le liquide est jaune citrin ne coagulant pas spontanément.

Centrifugation sans citrate.

Léger coagulum très tenu.

Examen du culot.

Coloration Giemsa.

| | | | |
|---|---|---|---|
| Polynucléaires neutrophiles de petit volume | peu ou pas altérées | 14 | 40 |
| | altérées ou noyau en karyorexis | 26 | |
| Lymphocytes | | 43 | 57 |
| Moyennes mononucléaires non altérées | | 5 | 9 |
| » » prenant mal la couleur | | 4 | |
| Grands monos | | | 2 |
| Eonisophiles | | | 1 |

Quelques globules rouges altérées, non colorés.

# Bibliographie


Brocq : Précis Atlas.

Darier : Traité de dermatologie.

Polliger : The seborrhœic wart.

Serra : Giornale italiano de la malatie della pelle 1908, fasc. I, page 11.

Ciuffo : Idem 1907, fasc. I, page 12.

M. de Amici : Idem 1898, page 385.

Jadasson : Soc. Berlinoise de psychiatrie, Séance 11 Mars 1895.

Dubreuil : Annales de dermatologie 1895.

Rousselot : Toilette des pieds 1782.

Blum : Chirurgie du pied 1888.

Gorju : Observations de maladies de peau de la plante.

Saunier : Thèse de Paris 1880.

Carneau : Thèse de Paris 1886.

Heliau : Thèse de Paris 1896.

Schal : Zur Ætiologie der Hautwarzen.

M. le Pr Jeanselme : La Cryothérapie en dermatologie 1924.